

使用関係を証する書類

下記のとおり、使用関係にあることを証します。

記

1 勤務する薬局、製造所、営業所又は店舗

- ・名称：
- ・所在地：
- ・連絡先(TEL)：

2 勤務時間等

- ・週当りの勤務時間： _____ 時間

※週当たりの勤務時間は、通常の勤務における時間を記入すること。

- ・勤務形態（勤務日時やシフト勤務等を記載すること）

()

3 業務（下記の該当項目を○で囲むこと）

- ・管理者（薬剤師・登録販売者・その他（ ））
- ・その他の薬剤師（常勤・非常勤・派遣）
- ・その他の登録販売者（常勤・非常勤・派遣）
- ・高度管理医療機器販売業・貸与業管理者
- ・医療機器修理業責任技術者
- ・再生医療等製品販売業管理者
- ・医薬品の販売に従事する者（販売従事登録申請用）

年 月 日

使用者 住所
(法人にあつては、主たる事務所の所在地)

氏 名
(法人にあつては、名称及び代表者の氏名)

〒

被使用者 住所

氏 名